

Hosp. Alvear. Servicio de Urología  
Jefe Interino: Dr. Héctor Berri

## GRAN REFLUJO URETRO VENOSO POR URETROGRAFIA

Por los Dres. N. CARTELLI, C. COMOTTO y H. BERRI

La observación de 2 enfermos, en los cuales hubo que practicarles un examen uretrográfico, y la imagen obtenidas en los mismos, poco frecuentes, nos inducen a presentarla a la consideración de ustedes por creerlas interesantes y por haber podido ser la causa de accidentes graves.

El primer caso, trata sobre un enfermo (fig. 1) de 72 años, portador de un adenoma de próstata y que nos es enviado con una talla hipogástrica, intervención practicada por retención aguda de orina.

Llama la atención en este enfermo, la imposibilidad de pasar una sonda hasta la vejiga a pesar de todas las tentativas, encontrando en la uretra bulbar un obstáculo que da la sensación de "blandura" y que sangra fácilmente al contacto.

Se espera unos días, y se practica una uretrografía con jeringa de Bonneau de 50 cc aplicada en el meato uretral, e inyectando suavemente el líquido que pasa fácilmente a vejiga.

Se inyectan 150 cc de solución de Ioduro de sodio al 15 %. Discreta uretrorragia al retirar la jeringa. A los 10 minutos de practicada la uretrografía, el enfermo presenta escalofríos que ceden rápidamente con calor y suero glucosado hipertónico. Las radiografías obtenidas en posición frontal y en oblicua muestran: figura 1, parte superior. Uretrografía de frente. Parte de uretra anterior y bulbar llena de substancia opaca. Alrededor de ésta (bulbar) la substancia opaca parece haber infiltrado los tejidos peribulbares. Desde esta región, y especialmente de la parte superior, parten una serie de trayectos como cintas que se dirigen hacia arriba y partes laterales de la pelvis tomando aspecto de ovillos, y que corresponden a trayectos venosos y plexos venosos. En la radiografía (fig. 1), parte inferior en oblicua, se visualizan pocos trayectos, debido a que la obtención de dicha radiografía 3 minutos después de la anterior, ha dado lugar por la velocidad de la corriente sanguínea a que la substancia inyectada (Ioduro) haya desaparecido en parte.

El segundo caso trata de un enfermo portador de una esclerosis de cuello y divertículos vesicales. Se le practica una uretrografía para conocer el estado de su uretra, principalmente la posterior, empleando la misma técnica que en el caso anterior, inyectando 200 cc de solución de Ioduro de sodio al 15 %; uretrorragia abundante en este enfermo, sin ningún otro trastorno más que un discreto ardor uretral.



Figura 1

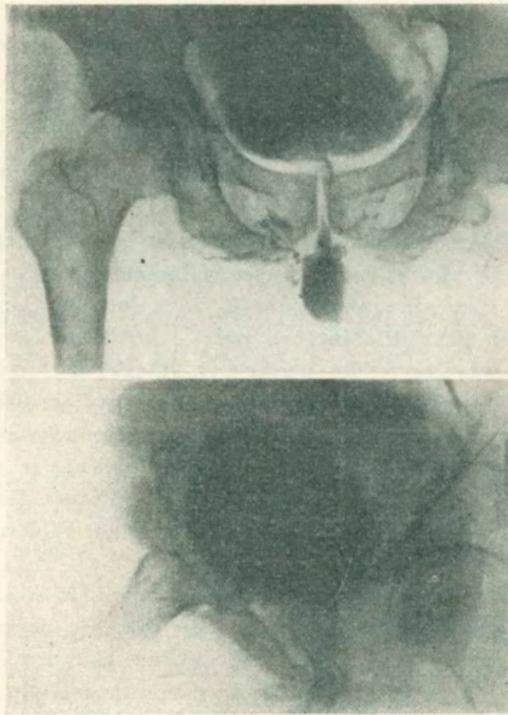


Figura 2

Las radiografías obtenidas (fig. 2) muestran: Parte superior. Uretrografía de frente. Uretra bulbar dilatada llena de substancia opaca. De las partes laterales y superior parten una serie de trayectos a derecha e izquierda que corresponden a venas inyectadas de substancia opaca. Vejiga llena de substancia opaca.

En la radiografía (fig. 2), parte inferior, en oblicua, se visualiza vejiga llena de substancia opaca y sombras diverticulares. Pocas venas visibles.

#### COMENTARIOS

Los dos casos que presentamos, los consideramos de interés, primero, por mostrarnos una imagen que es una verdadera flebografía de gran número de venas pelvianas, imagen muy poco frecuente de obtener al practicar uretrografías, y segundo, por los accidentes graves, y quizás mortales que hubiésemos visto en estos enfermos, si en lugar de emplear una solución de Ioduro de sodio, se hubiese empleado aire o una solución oleosa.

En efecto son muchos los casos descriptos, en los que al practicar uretrografías, han aparecido trastornos tóxicos y embolias, por penetración o absorción de la substancia empleada en pequeñas fisuras uretrales. En los dos casos nuestros, y especialmente en el primero parece haberse hecho una inyección en el sistema venoso pelviano (plexo de Santorini, plexo vésico prostático, vena hipogástrica, etc.), y por la intensidad de la imagen obtenida, lo que nos indica una gran penetración de la substancia empleada, hubiese sido mortal para el enfermo si se hubiese empleado aire o una substancia oleosa. Es por eso, que siendo hoy la uretrografía un examen que se practica con mucha frecuencia en gran número de afecciones uretrales, presentamos estos dos casos para llamar la atención sobre el empleo de las substancias a usarse, aconsejando nosotros las soluciones salinas (Ioduro de sodio al 15 %) por dar una imagen nítida, por creerla inocua para la uretra, y porque si su absorción puede llevarse a cabo como en los casos presentados, no presenta más trastornos que los de una ligera intoxicación.

#### DISCUSIÓN

Dr. García. — *El accidente que se relata en el interesante trabajo de los doctores Berri, Cartelli y Comotto, es, como bien se dice allí, muy frecuente en las uretrografías.*

*Nosotros lo hemos visto muchas veces y hemos llegado a tener que corregir nuestra técnica, sobre todo en lo que respecta a la oportunidad de la obtención de una uretrografía. En ciertos casos, hay infiltraciones. Nosotros utilizamos el uso de contrastes en suspensión aceitosa. Ese tipo de infiltración, con un vehículo aceitoso, es más alarmante de lo que acaba de mostrárenos en el trabajo leído. Después de mucho observar y afortunadamente, de no haber tenido ningún accidente fatal, sino muchos espectaculares, hemos decidido no*

hacer una uretrografía, prácticamente, en ninguna uretra en la cual se haya hecho una explotación previa, sin dejar pasar cuando menos, como mínimo, dos o tres semanas. Lo de esperar 4, 5 ó 6 días, después de una exploración más o menos cruenta en la que se provoca una pequeña efracción de la mucosa, no tiene base. La reparación no puede estar hecha a los 5 ó 6 días de un traumatismo endouretral. En el período de reparación es cuando más fácilmente, se producen complicaciones. Por eso, cuando en una uretra se ocasiona un traumatismo, aunque sea mínimo y sangra con tal motivo la endouretra, aconsejamos, de acuerdo a nuestra experiencia, que es categórica, que no se lleve a la práctica, una uretrografía, porque son escalofriantes las infiltraciones que se pueden ver cuando el obstáculo asienta en la proximidad de la región bulbar.

Dr. Rebaudi. — Hace mucho tiempo que ya he comprobado los reflujos uretro-venosos en algunos enfermos, aun en aquellos que no habían sufrido exploración ni ninguna dilatación.

Hay individuos que después de hacerse un lavaje de permanganato de potasio, sufren una uretrorragia. En estos enfermos resulta peligroso todo examen de la uretra, sobre todo con sustancias aceitosas. Llamé la atención de este asunto en la Sociedad de Venereología y al referirme a los casos desgraciados habidos en la anestesia de uretra, aconsejaba hacerla así: una anestesia de uretra anterior sin presión, de manera que en enfermo estuviera 5 ó 10 minutos con la sustancia anestésica en la uretra anterior. Luego, se pasaba un exploradora bola y se inyectaba en uretra posterior y en vejiga, 5 ó 10 cc. de anestesia.

Dr. Comotto. — La observación del doctor García es muy interesante. Cuanto más tiempo transcurre desde la exploración endouretral, hay más posibilidades de recuperación de la mucosa y entonces, no se producen más efracciones.

Nosotros hemos abandonado, casi por completo, el uso de sustancias aceitosas y nos arreglamos muy bien con las soluciones solubles de yoduro, no habiendo tenido así, accidentes serios. Por eso, es que, a pesar de esperar varios días, no esperamos tantos, porque a veces, tenemos apuro.

Es muy interesante tener en cuenta lo que manifiesta el doctor Rebaudi, pero a veces, no es posible hacer la anestesia en uretras estrechas, precisamente en donde la uretrografía muestra la clase de obstáculos.

Dr. García. — Casualmente, los casos que nosotros hemos observado más son los de los estrechados. Mucho depende del grado de inflamación. En los estrechados, cuando se llega a hacer una exploración, habitualmente, no hacemos uretrografías y cuando creemos indispensable una uretrografía, hacemos tratamiento antiflogístico con sulfamida. Los reflujos son muy frecuentes, aun sin mediar un traumatismo anterior.